



## ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS) ofrecido por ConnectiCare, Inc.

### Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente está inscrito como miembro de ConnectiCare Flex Plan 3. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto informa sobre los cambios.*

- **Tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

---

#### Qué debe hacer ahora

##### 1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Controle los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si estos le afectan.
  - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que esta cubrirá sus necesidades el próximo año.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 1.5 y 2 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Controle los cambios en el folleto respecto de nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si estos le afectan.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Se encuentran sus medicamentos en una categoría diferente, con una participación en los costos distinta?
  - ¿Tiene alguno de sus medicamentos restricciones nuevas, como la necesidad de aprobación de parte nuestra antes de llenar su medicamento con receta?
  - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar estas farmacias?
  - Revise la Lista de medicamentos de 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es posible que sus costos de medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo anuales durante el año. Para obtener información adicional sobre el precio de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](http://go.medicare.gov/drugprices). Estos tableros resaltan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información del precio de los medicamentos año a año. Tenga en cuenta que sus

beneficios del plan determinarán exactamente cuánto pueden llegar a cambiar sus costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores formarán parte de nuestra red el próximo año.
  - ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas que visita con regularidad, en nuestra red?
  - ¿Y qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
  - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense en sus costos generales de cuidado de la salud.
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
  - ¿Cuánto gastará en primas y deducibles?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

## 2. **COMPARE:** Conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de planes en su área.
  - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
  - Revise la lista que se encuentra en el reverso de su manual *Medicare y Usted*.
  - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Cuando reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

## 3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, se lo inscribirá en ConnectiCare Flex Plan 3.
- Para cambiar a **otro plan** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

## 4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se lo inscribirá en ConnectiCare Flex Plan 3.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su cobertura nueva comenzará el **1.º de enero de 2021**. Se cancelará la inscripción de su plan actual automáticamente.

## Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con el número del Servicios para miembros al **1-800-224-2273** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana.
- También podemos proporcionar información de manera que le sea útil a usted (como información en letra grande u otros formatos alternativos). Comuníquese con el Servicios para miembros llamando al número que se indicó anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como cobertura de salud calificada (qualifying health coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

## Acerca de ConnectiCare Flex Plan 3

- ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto diga “nosotros”, “nos” o “nuestro” hace referencia a ConnectiCare Inc. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ConnectiCare Flex Plan 3.

H3528\_201452\_M Archivar y usar

## Resumen de costos importantes para 2021

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2020 y los costos de 2021 de ConnectiCare Flex Plan 3 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [www.connecticare.com/medicare](http://www.connecticare.com/medicare). También puede llamar al Servicios para miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima puede ser mayor o menor que este importe. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$69	\$69
<b>Importe del gasto máximo de bolsillo</b> Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	<b>\$5,500</b> (Servicios dentro de la red)	<b>\$5,500</b> (Servicios dentro de la red)
	<b>\$10,000</b> (Servicios fuera de la red)	<b>\$10,000</b> (Servicios fuera de la red)
<b>Visitas al consultorio médico</b>	<u>Visitas de atención primaria:</u> Copago de <b>\$0</b> por visita con un médico de atención primaria de Sanitas <u>dentro de la red</u>  Copago de <b>\$5</b> por visita con otros médicos de atención primaria <u>dentro de la red</u>  <b>50 %</b> del costo total por visita con médicos de atención primaria fuera de la red	<u>Visitas de atención primaria:</u> Copago de <b>\$5</b> por visita con médicos de atención primaria <u>dentro de la red</u>   <b>50 %</b> del costo total por visita con médicos de atención primaria fuera de la red
	<u>Visitas a especialistas:</u> Copago de <b>\$50</b> por visita <u>dentro de la red</u> <b>50 %</b> del costo total por visita <u>fuera de la red</u>	<u>Visitas a especialistas:</u> Copago de <b>\$50</b> por visita <u>dentro de la red</u> <b>50 %</b> del costo total por visita <u>fuera de la red</u>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Estancias hospitalarias de pacientes ingresados</b></p> <p>Incluye cuidados intensivos de pacientes ingresados, rehabilitación de pacientes ingresados, hospitales de atención de largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios de pacientes ingresados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior a recibir el alta es su último día de paciente internado.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 4: copago de <b>\$465</b> por día. Copago de <b>\$0</b> por cada día adicional; para cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total de cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 4: copago de <b>\$465</b> por día. Copago de <b>\$0</b> por cada día adicional; para cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total de cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta Parte D</b> (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: <b>\$300</b></p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: <i>Participación estándar en los costos:</i> Usted paga <b>\$9</b> por medicamento con receta. <i>Participación preferida en los costos:</i> Usted paga <b>\$2</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 2: <i>Participación estándar en los costos:</i> Usted paga <b>\$20</b> por medicamento con receta. <i>Participación preferida en los costos:</i> Usted paga <b>\$10</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 3: <i>Participación estándar en los costos:</i> Usted paga <b>\$47</b> por medicamento con receta. <i>Participación preferida en los costos:</i> Usted paga <b>\$42</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: <i>Participación estándar en los costos:</i> Usted paga <b>\$100</b> por medicamento con receta. <i>Participación preferida en los costos:</i></p>	<p>Deducible: <b>\$300</b></p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: <i>Participación estándar en los costos:</i> Usted paga <b>\$9</b> por medicamento con receta. <i>Participación preferida en los costos:</i> Usted paga <b>\$2</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 2: <i>Participación estándar en los costos:</i> Usted paga <b>\$20</b> por medicamento con receta. <i>Participación preferida en los costos:</i> Usted paga <b>\$10</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 3: <i>Participación estándar en los costos:</i> Usted paga <b>\$47</b> por medicamento con receta. <i>Participación preferida en los costos:</i> Usted paga <b>\$42</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: <i>Participación estándar en los costos:</i> Usted paga <b>\$100</b> por medicamento con receta. <i>Participación preferida en los costos:</i></p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<p>Usted paga <b>\$95</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 5: <i>Participación estándar en los costos:</i> Usted paga el <b>27 %</b> del costo total.</p> <p><i>Participación preferida en los costos:</i> Usted paga el <b>27 %</b> del costo total.</p>	<p>Usted paga <b>\$95</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 5: <i>Participación estándar en los costos:</i> Usted paga el <b>27 %</b> del costo total.</p> <p><i>Participación preferida en los costos:</i> Usted paga el <b>27 %</b> del costo total.</p>

## **Aviso anual de cambios para 2021**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2021 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual .....	6
Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo .....	6
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores .....	7
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias .....	7
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	8
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D .....	14
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 3 Decisión de qué plan elegir .....</b>	<b>19</b>
Sección 3.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Flex Plan 3 .....	19
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan .....	19
<b>SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare .....</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>22</b>
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Flex Plan 3 .....	22
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare .....	22

## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	<b>\$69</b>	<b>\$69</b>
<b>Servicios dentales suplementarios opcionales</b>	<b>\$29</b>	<b>\$29 O \$39</b>

- Su prima mensual del plan será *mayor* si usted debe pagar una penalidad por inscripción tardía a la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que tenga, como mínimo, la misma calidad de la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son mayores, es posible que deba pagar un importe adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

### Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo

Con el fin de protegerle, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “importe de gasto máximo de bolsillo”. Cuando alcanza este importe, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Importe de gasto máximo de bolsillo</b>	<b>\$5,500</b> (Servicios dentro de la red)	<b>\$5,500</b> (Servicios dentro de la red)
Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo.	<b>\$10,000</b> (Servicios fuera de la red)	<b>\$10,000</b> (Servicios fuera de la red)
		Quando haya pagado <b>\$5,500</b> de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B y <b>\$10,000</b> de su bolsillo por servicios cubiertos fuera de la red de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

---

## Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

---

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores. En nuestro sitio web, [www.connecticare.com/medicare](http://www.connecticare.com/medicare), encontrará el Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar al Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo el Directorio de proveedores.

**Revise el Directorio de proveedores de 2021 para ver si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista realmente deja su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, estamos obligados a proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible de buena fe por avisarle con 30 días de anticipación, como mínimo, que su proveedor dejará nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un proveedor calificado nuevo, quien seguirá administrando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que recibe, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se administra de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo que administre su atención.

---

## Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

---

Es posible que los importes que usted paga por los medicamentos con receta dependan de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con participación preferida en los costos, que pueden ofrecerle una participación en los costos más baja que la participación estándar en los costos que ofrecen otras farmacias de la red para determinados medicamentos.

Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para 2021. En nuestro sitio web, [www.connecticare.com/medicare](http://www.connecticare.com/medicare), encontrará el Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar al Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo el Directorio de farmacias.

**Sugerimos especialmente que revise nuestro Directorio de farmacias actual para ver si su farmacia aún se encuentra en nuestra red.**

## Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para conocer los detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos: lo que está cubierto y lo que usted paga*, de su *Evidencia de cobertura de 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Servicios dentales</b>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de <b>\$50</b> por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios dentales preventivos están incluidos sin prima mensual adicional.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen bucal (uno cada 6 meses)</li> <li>Radiografía de mordida (una cada 6 meses)</li> <li>Profilaxis/Limpieza (una cada 6 meses)</li> <li>Serie completa (una serie cada 36 meses)</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total de los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios dentales preventivos están incluidos sin prima mensual adicional.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen bucal (uno cada 6 meses)</li> <li>Radiografía de mordida (una cada 6 meses)</li> <li>Profilaxis/Limpieza (una cada 6 meses)</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de <b>\$50</b> por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios dentales preventivos están incluidos sin prima mensual adicional.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen bucal (uno cada 6 meses)</li> <li>Radiografía de mordida (una cada 6 meses)</li> <li>Profilaxis/Limpieza (una cada 6 meses)</li> <li>Serie completa (una serie cada 36 meses)</li> <li><b>Tratamiento con fluoruro (uno cada 6 meses)</b></li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total de los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios dentales preventivos están incluidos sin prima mensual adicional.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen bucal (uno cada 6 meses)</li> <li>Radiografía de mordida (una cada 6 meses)</li> <li>Profilaxis/Limpieza (una cada 6 meses)</li> </ul>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<p>(una cada 6 meses)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serie completa (una serie cada 36 meses)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serie completa (una serie cada 36 meses)</li> <li>• <b>Tratamiento con fluoruro (uno cada 6 meses)</b></li> </ul>
<p><b>Cuidado de la salud mental del paciente ingresado (centro psiquiátrico)</b></p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de <b>\$1763</b> por internación por cada hospitalización cubierta por Medicare. No están cubiertos los días adicionales.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total por internación por cada hospitalización cubierta por Medicare. No están cubiertos los días adicionales.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de <b>\$1871</b> por internación por cada hospitalización cubierta por Medicare. No están cubiertos los días adicionales.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total por internación por cada hospitalización cubierta por Medicare. No están cubiertos los días adicionales.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p><b>Medicamentos con receta de Medicare Parte B</b></p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el <b>10 %</b> del costo total de los medicamentos de la Parte B en el hogar.</p> <p>Usted paga el <b>20 %</b> del costo total de los demás medicamentos de la Parte B que sean dispensados en una farmacia de venta al detalle, una farmacia de pedidos por correo, un consultorio médico y un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total de los medicamentos de la Parte B.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B <b>no</b> están sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p> <p>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga el <b>10 %</b> del costo total de los medicamentos de la Parte B en el hogar.</p> <p>Usted paga el <b>20 %</b> del costo total de los demás medicamentos de la Parte B que sean dispensados en una farmacia de venta al detalle, una farmacia de pedidos por correo, un consultorio médico y un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total de los medicamentos de la Parte B.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B <b>pueden</b> estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p> <p>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Servicios dentales suplementarios opcionales</b> Disponibles por una prima mensual adicional.</p>	<p>Usted paga el <b>20 %</b> del costo total de los servicios dentales básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauraciones</li> </ul> <p>Usted paga el <b>50 %</b> del costo total de los servicios dentales mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Prostodoncia</li> <li>• Cirugía bucal</li> <li>• Dentaduras postizas parciales y completas</li> </ul> <p>Deducible de <b>\$100</b></p> <p><b>Límite de beneficio anual de \$2,000</b></p>	<p>Usted paga el <b>20 %</b> del costo total de los servicios dentales básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauraciones</li> <li>• <b>Diagnóstico</b></li> <li>• <b>No de rutina</b></li> </ul> <p>Usted paga el <b>50 %</b> del costo total de los servicios dentales mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Prostodoncia</li> <li>• Cirugía bucal</li> <li>• Dentaduras postizas parciales y completas</li> </ul> <p>Deducible de <b>\$100</b></p> <p><b>Límite de beneficio anual de \$2,000 O \$3,000 según la opción adquirida.</b></p>
<p><b>Cuidado de la salud mental del paciente ambulatorio</b></p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de <b>\$40</b> por cada visita como paciente ambulatorio del cuidado de la salud mental que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de Telehealth <b>no</b> están cubiertos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de <b>\$40</b> por cada visita como paciente ambulatorio del cuidado de la salud mental que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$40</b> por cada <b>visita individual del cuidado de la salud mental</b> que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$40</b> por cada <b>visita individual de atención psiquiátrica</b> que esté cubierta por Medicare.</p> <p><b>(Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita presencial o por medio de Telehealth con un proveedor de la red que ofrezca el servicio de Telehealth).</b></p>

<b>Costo</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (próximo año)</b>
	<p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total de cada visita de atención de cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de Telehealth <b>no</b> están cubiertos.</p>	<p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total por cada visita de cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de Telehealth <b>no</b> están cubiertos.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Servicios relacionados al abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de <b>\$40</b> por cada visita individual o grupal que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de Telehealth <b>no</b> están cubiertos.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total por cada visita individual o grupal que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de Telehealth <b>no</b> están cubiertos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de <b>\$40</b> por cada visita individual o grupal que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$40</b> por cada <b>visita individual de tratamiento para el abuso de sustancias en pacientes ambulatorios</b> que esté cubierta por Medicare.</p> <p><b>(Tiene la opción de obtener este servicio a través de una visita presencial o por medio de Telehealth con un proveedor de la red que ofrezca el servicio de Telehealth).</b></p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total por cada visita individual o grupal que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de Telehealth <b>no</b> están cubiertos.</p>
<p><b>Medicamento de venta libre (OTC)</b></p>	<p>Los medicamentos de venta libre (OTC) no están cubiertos.</p>	<p>Nuestro plan cubrirá hasta <b>\$50</b> cada tres meses y un máximo de <b>\$200</b> por año para medicamento de venta libre (OTC) elegibles <b>solo para pedido por correo.</b></p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Servicios de médicos o proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico.</b></p>	<p><u>Dentro de la red:</u>                      Usted paga un copago de <b>\$0</b> por cada visita al consultorio de atención primaria con un médico de atención primaria de Sanitas que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$5</b> por cada visita al consultorio de atención primaria con otros médicos de atención primaria dentro de la red que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$50</b> por cada visita al consultorio de especialistas de la red que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de Telehealth <b>no</b> están cubiertos.</p> <p><u>Fuera de la red:</u>                      Usted paga el <b>50 %</b> del costo total por cada visita al consultorio del médico de atención primaria que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga el <b>50 %</b> del costo total por cada visita al consultorio del médico de atención primaria que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de Telehealth <b>no</b> están cubiertos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u>                      Usted paga un copago de <b>\$5</b> por cada visita al consultorio de atención primaria con otro proveedor dentro de la red que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de <b>\$50</b> por cada visita al consultorio de especialistas de la red que esté cubierta por Medicare.</p> <p><b>Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita presencial o por medio de Telehealth con un proveedor de la red que ofrezca el servicio de Telehealth.</b></p> <p><u>Fuera de la red:</u>                      Usted paga el <b>50 %</b> del costo total por cada visita al consultorio del médico de atención primaria que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga el <b>50 %</b> del costo total por cada visita al consultorio de especialistas que esté cubierta por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de Telehealth <b>no</b> están cubiertos.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Atención del Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de <b>\$0</b> cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 1 a 20; un copago de <b>\$178</b> cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100; en cada período de beneficios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total por día cubierto por Medicare para los días 1 a 100, por período de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de <b>\$0</b> cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 1 a 20; un copago de <b>\$184</b> cada día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100, en cada período de beneficios.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga el <b>50 %</b> del costo total por día cubierto por Medicare para los días 1 a 100, por período de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

## Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Farmacopea o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de la Lista de medicamentos por vía electrónica.

Efectuamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, lo que incluye cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si un cambio en la cobertura de medicamentos le afecta, puede hacer lo siguiente:

- **Trabaje con su médico (u otro profesional autorizado para recetar) y solicítele al plan que haga la excepción** de cubrir el medicamento.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* (*¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*) o llame al Servicios para miembros.
- **Trabaje con su médico (u otro profesional autorizado para recetar) a fin de buscar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar al Servicio para miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica.

En algunas situaciones, se nos exige que cubramos un suministro temporal de un medicamento

que no está en la Farmacopea durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar la interrupción de la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede recibir un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Mientras recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Puede cambiarse a otro medicamento cubierto por el plan, o bien solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual.

Si cuenta con una excepción actual de la Farmacopea para 2020, debe presentar una nueva solicitud de excepción para 2021. Puede presentar su solicitud de excepción de la Farmacopea para 2021 antes de 2021 y, si se aprueba, su excepción de la Farmacopea entrará en vigencia en 2021.

La mayor parte de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el inicio de cada año. Sin embargo, es posible que, durante el año, hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted podrá seguir trabajando con su médico (u otro profesional autorizado para recetar) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según el cronograma y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos llegar a implementar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de cobertura*).

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

*Nota:* Si se encuentra en un programa que ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta” (también denominada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” [Low Income Subsidy, LIS]), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2020, llame al Servicios para miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que usted paga por un medicamento Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentra. (Para obtener más información sobre las etapas, puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura*).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año respecto de las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de cobertura o la Etapa de cobertura en situación catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de cobertura*, la cual se encuentra en nuestro sitio web, [www.connecticare.com/medicare](http://www.connecticare.com/medicare). También puede llamar al Servicios para miembros para solicitar que le enviemos una copia de su *Evidencia de cobertura*).

**Cambios en la Etapa de deducible**

<b>Etapa</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (próximo año)</b>
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de Nivel 3 (marca preferida), de Nivel 4 (medicamento no preferido) y de Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de <b>\$300</b>.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido estándar de <b>\$9</b> y un costo compartido preferido de <b>\$2</b> por medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos);</p> <p>un costo compartido estándar de <b>\$20</b> por receta y un costo compartido preferido de <b>\$10</b> por medicamentos del Nivel 2 (genéricos);</p> <p>y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de <b>\$300</b>.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido estándar de <b>\$9</b> y un costo compartido preferido de <b>\$2</b> por medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos);</p> <p>un costo compartido estándar de <b>\$20</b> por receta y un costo compartido preferido de <b>\$10</b> por medicamentos del Nivel 2 (genéricos);</p> <p>y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que alcance el deducible anual.</p>

## Cambios en la participación en los costos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos, de su Evidencia de cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b>            Cuando usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos y <b>usted paga la participación en los costos que le corresponde.</b></p> <p>Los costos de esta hilera corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando usted llena sus recetas en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o del pedido de recetas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b>  <i>Participación estándar en los costos:</i>            Usted paga <b>\$9</b> por medicamento con receta.  <i>Participación preferida en los costos:</i>            Usted paga <b>\$2</b> por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b>  <i>Participación estándar en los costos:</i>            Usted paga <b>\$20</b> por medicamento con receta.  <i>Participación preferida en los costos:</i>            Usted paga <b>\$10</b> por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferida):</b>  <i>Participación estándar en los costos:</i>            Usted paga <b>\$47</b> por medicamento con receta.  <i>Participación preferida en los costos:</i>            Usted paga <b>\$42</b> por medicamento con receta.</p>	<p>Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b>  <i>Participación estándar en los costos:</i>            Usted paga <b>\$9</b> por medicamento con receta.  <i>Participación preferida en los costos:</i>            Usted paga <b>\$2</b> por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b>  <i>Participación estándar en los costos:</i>            Usted paga <b>\$20</b> por medicamento con receta.  <i>Participación preferida en los costos:</i>            Usted paga <b>\$10</b> por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferida):</b>  <i>Participación estándar en los costos:</i>            Usted paga <b>\$47</b> por medicamento con receta.  <i>Participación preferida en los costos:</i>            Usted paga <b>\$42</b> por medicamento con receta.</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en una categoría diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b>  <i>Participación estándar en los costos:</i>            Usted paga <b>\$100</b> por medicamento con receta.  <i>Participación preferida en los costos:</i>            Usted paga <b>\$95</b> por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 5 (medicamentos especializados):</b>  <i>Participación estándar en los costos:</i>            Usted paga el <b>27 %</b> del costo total.  <i>Participación preferida en los costos:</i>            Usted paga el <b>27 %</b> del costo total.</p> <hr/> <p>Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de <b>\$4,020</b>, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b>  <i>Participación estándar en los costos:</i>            Usted paga <b>\$100</b> por medicamento con receta.  <i>Participación preferida en los costos:</i>            Usted paga <b>\$95</b> por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 5 (medicamentos especializados):</b>  <i>Participación estándar en los costos:</i>            Usted paga el <b>27 %</b> del costo total.  <i>Participación preferida en los costos:</i>            Usted paga el <b>27 %</b> del costo total.</p> <hr/> <p>Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de <b>\$4,130</b>, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>

## Cambios en las Etapas de interrupción de cobertura y cobertura en situación catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura en situación catastrófica, son para personas con costos de medicamentos altos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de interrupción de cobertura o la Etapa de cobertura en situación catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de cobertura*.

### SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Red de proveedores</b>	<b>Red de proveedores médicos</b> Tiene acceso a proveedores de la red ConnectiCare Choice y puede obtener la mayoría de los servicios a través de proveedores en la red de <b>EmblemHealth VIP Prime en Nueva York</b> . Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través de los proveedores de <b>VIP Prime</b> , visite <a href="http://connecticare.com/medicare">connecticare.com/medicare</a> .	<b>Red de proveedores médicos</b> Tiene acceso a proveedores de la red ConnectiCare Choice y puede obtener la mayoría de los servicios a través de proveedores en la red de <b>EmblemHealth VIP Bold en Nueva York</b> . Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través de los proveedores de <b>VIP Bold</b> , visite <a href="http://connecticare.com/medicare">connecticare.com/medicare</a> .

### SECCIÓN 3 Decisión de qué plan elegir

#### Sección 3.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Flex Plan 3

Si desea permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro ConnectiCare Flex Plan 3.

#### Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2021, siga estos pasos:

##### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare de forma oportuna.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o no. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible penalidad por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, lea *Medicare y Usted 2021*, llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre planes en su área usando el Buscador de planes Medicare en el sitio web de Medicare. Visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare). **Aquí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes Medicare.**

Recordatorio: ConnectiCare, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los importes de participación en los costos.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Flex Plan 3.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Flex Plan 3.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
  - Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito. Comuníquese con el Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto (Los números de teléfono figuran en la Sección 7.1 de este folleto).
  - O bien, comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2021.

### ¿Hay otros momentos del año para efectuar un cambio?

En determinadas situaciones, también se permite hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, de las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” en el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o dejan la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio tienen permitido efectuar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2021, y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Connecticut, el SHIP se llama **CHOICES** (programa de Connecticut para asistencia con el seguro de salud, difusión, información y derivación, consejería, detección de elegibilidad [Connecticut's program for Health insurance assistance, Outreach, Information and referral, Counseling, Eligibility Screening]).

CHOICES es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería **gratuita** local sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros de CHOICES pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a CHOICES al 1-800-994-9422. Para obtener más información sobre CHOICES, visite el sitio web ([www.ct.gov/agingservices](http://www.ct.gov/agingservices)).

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de sus medicamentos con receta, coseguro y deducibles anuales. Además, aquellas personas que califiquen para este programa no estarán afectadas por la interrupción de cobertura ni deberán pagar la penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para saber si califica, llame:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
  - La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 am y las 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
  - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con la participación en los costos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que ayudan a salvar vidas. Las personas deben satisfacer determinados criterios, lo que incluye prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de persona sin seguro/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta a través del programa de asistencia con medicamentos para el VIH de Connecticut, llamado Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Connecticut (Connecticut AIDS Drug Assistance Program, CADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al CADAP al 1-800-424-3310.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Flex Plan 3

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicios para miembros al 1-800-224-2273 (solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 am a 8 pm, los 7 días a la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2021* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener más detalles, busque el ConnectiCare Flex Plan 3 en la *Evidencia de cobertura de 2021*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [www.connecticare.com/medicare](http://www.connecticare.com/medicare). También puede llamar al Servicios para miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.connecticare.com/medicare](http://www.connecticare.com/medicare). A modo de recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea/Lista de medicamentos).

### Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

#### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Este incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre planes disponibles en su área usando el Buscador de planes Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información acerca de los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

#### **Lea *Medicare y Usted 2021***

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2021*. Todos los años en otoño, este folleto se envía por correo postal a las personas que tienen Medicare. Allí se incluye un resumen de las protecciones, los derechos y los beneficios de Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.